

1 - Registro ANS 3 5 9 0 3 3	3 - Número da Guia Principal
---------------------------------	----------------------------------

4 - Data da Autorização 0 3 / 0 5 / 2 0 2 1	5 - Senha 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2 3 0 4 9 1 8	6 - Data de Validade da Senha 0 2 / 0 7 / 2 0 2 1	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2 3 0 4 9 1 8
--	--	--	--

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 0 2 3 4 4 0 2 7 0 7 9 1 2 8 0 1 5	9 - Validade da Carteira / /	10 - Nome ALESSANDRA APARECIDA ASSUNCAO LUCIO	11 - Cartão Nacional de Saúde 7 0 2 8 0 6 1 8 8 4 3 3 0 6 5	12 - Atendimento a RN N
-----------------------	--	---	-----------------------------------	--	--	----------------------------

Dados do Contratado Solicitante		13 - Código na Operadora 0 2 3 4 0 1 1 0 0 0 1 0 5 0	14 - Nome do Contratado HOSPITAL U T CORACOES	15 - Nome do Profissional Solicitante GISELE MARA ANDRADE	16 - Conselho Profissional 0 6	17 - Número no Conselho 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 6 8 1 6 1	18 - UF 3 1	19 - Código CBO 2 2 5 1 2 5	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------------	--	---	--	--	-----------------------------------	--	----------------	--------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 0 3 / 0 5 / 2 0 2 1	23 - Indicação Clínica urgencia

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27-Qtde Solic	28-Qtde Aut
01 - 2 2	0 0 1 0 1 0 1 0 3 9	Consulta em pronto socorro	1	1
02 -				
03 -				
04 -				
05 -				

Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2 4	30 - Nome do Contratado UNIMED TRES CORACOES COOP	31 - Código CNES 3 1 6 9 3 0 7
--------------------------------	--	---	--	-----------------------------------

Dados do Atendimento		32 - Tipo de Atendimento 1 1	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	--	---------------------------------	--	---------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados														
36 - Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)			
01 - 03/05/2021	09:01:00	a 09:01:00	2 2	0 0 1 0 1 0 1 0 3 9	Consulta em pronto socorro	1								
02 -		a												
03 -		a												
04 -		a												
05 -		a												

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)									
48 - Seq. Ref 0 1	49 - Grau Part. 	50 - Código na Operadora/CPF 0 0 0 0 0 0 0 0 0 6 4 3 3 6 1	51 - Nome do Profissional GISELE MARA ANDRADE	52 - Conselho Profissional 0 6	53 - Número no Conselho 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 6 8 1 6 1	54-UF M G	55 - Código CBO 2 2 5 1 2 5		

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 -		3 -	
2 -		4 -	
		6 -	
		8 -	
		10 -	

58 - Observação / Justificativa					
---------------------------------	--	--	--	--	--

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxase Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		